

431

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René LUIZY

Né à Orléans le 3 août 1888

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

RHUMATISMES BLENNORRHAGIQUES

TRAITÉS PAR

LA VACCINOTHÉRAPIE ET LA SÉROTHÉRAPIE

Président : M. LETULLE, professeur

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27 — RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE — 27

PARIS 1920

4

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

René LUIZY

Né à Orléans le 3 août 1888

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

RHUMATISMES BLENNORRHAGIQUES

TRAITÉS PAR



LA VACCINOTHÉRAPIE ET LA SÉROTHÉRAPIE

Président : M. LETULLE, professeur

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS

27 — RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE — 27

PARIS 1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
Clinique ophtalmologique	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique.	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique.	A. BROCA
Clinique oto-rhino-laryngologique.	ALBERT ROBIN
	P. SEBILLEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTIERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur LETULLE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Monsieur le Professeur THOINOT (*in memoriam*)
Hôpital Laënnec (1907)

Monsieur le Docteur ROUTIER
Hôpital Necker (1908-1909)

Monsieur le Professeur LETULLE
Hôpital Boucicaut (1909)

Monsieur le Docteur MAUCLAIRE
Hôpital de la Charité (1909-1910)

Monsieur le Professeur ACHARD
Hôpital Necker (1910)

Monsieur le Docteur LE GENDRE
Hôpital Lariboisière (1911)

Monsieur le Docteur CHEVASSU
Hôpital Necker (1912)

Monsieur le Docteur DOLÉRIS

Monsieur le Docteur CATHALA
Hôpital Saint-Antoine (1912-1913)

Monsieur le Professeur SÉBILEAU
Hôpital Lariboisière (1913)

Monsieur le Docteur CETTINGER
Hôpital Cochin (1919)

QUELQUES OBSERVATIONS
DE
RHUMATISMES BLENNORRHAGIQUES
TRAITÉS PAR
La Vaccinothérapie et la Sérothérapie

INTRODUCTION

Depuis le mois de juin 1919 nous avons observé dans le service de notre maître, M. le Dr Cettinger, médecin de l'hôpital Cochin, un certain nombre de cas heureux d'arthrites blennorrhagiques soignées par des médications nouvelles : le vaccin et le sérum antigonococciques.

Nous avons eu l'idée d'apporter nos observations pour contribuer à l'étude de ces traitements.

Entre temps, la thèse de Bousquet (janvier 1920), et celle de Troncy (mars 1920) ont établi la valeur des diverses méthodes de vaccinothérapie antigonococcique.

La thèse de Paraf (décembre 1919) a montré nettement l'action curative du sérum antigonococcique de M. Maurice Nicolle.

Les observations que nous apportons confirment les conclusions de Paraf; mais nous avons voulu insister sur un certain nombre d'accidents dus à l'emploi du sérum, qui nous semble devoir en limiter l'application aux cas graves qui résisteraient à la simple vaccinothérapie.

Nous tenons à exprimer ici notre respectueuse gratitude à M. le D^r Cœttinger, qui nous a accueilli dans son service et a mis à notre disposition les moyens d'appliquer les différentes méthodes thérapeutiques.

Nous adressons à notre excellent ami, le docteur M. Mozer, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et éclairé de ses conseils, l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous remercions également M. Deguignan, interne du service, qui nous a si aimablement aidé dans nos recherches.

VACCINOTHÉRAPIE ANTIGONOCOCCIQUE

I. — LES VACCINS ANTIGONOCOCCIQUES

Les vaccins antigonococciques employés depuis une quinzaine d'années sont assez nombreux ; nous nous bornerons à nommer les principaux :

Artigon, de Brück, 1906.

Vaccin chauffé, de Wright, 1909.

Autovaccin, de Mauté, 1909.

Vaccins chauffés, des auteurs anglais et américains.

Vaccin de Renaud, où l'action de la chaleur est remplacée par celle des rayons ultra-violet, 1910.

Virus vaccin polyvalent de Cruveilhier, 1913.

Lipogon (15 milliards de gonocoques par centimètre cube, excipient huileux) de Le Moignic, Sezary et Demonchy, 1913.

Entéro-vaccin de Lumière et Chevrotier (24 souches différentes de gonocoques), 1913.

Vaccin polymicrobien de Baril et Creuzé, 1913.

Vaccin de Nicolle et Blaizot, 1913.

Notre expérience sur les vaccins antigonococciques est assez restreinte et nous nous en excusons : nos observations ne portent que sur le Dmégon, qu'on

trouve plus facilement dans les Hôpitaux de Paris. C'est le vaccin préparé selon les procédés de MM. Nicolle et Blaizot (Institut Pasteur de Tunis).

Ce vaccin, non chauffé, dosé avec une grande exactitude, comporte quatre races de gonocoques. A ces corps microbiens a été associé un élément nouveau, le synocoque, dont la morphologie est analogue à celle du gonocoque et qui s'en distingue par le fait qu'il prend le Gram et que sa culture présente une coloration orangée caractéristique. Le synocoque a été rencontré constamment dans le pus blennorragique à côté du gonocoque ; son action propre, fortement immunisante, a été reconnue ; de plus sa toxicité est très faible.

Les émulsions provenant des cultures de gonocoques et de synocoques sont mélangées et titrées dans les proportions suivantes :

Gonocoques.. .. .	25 millions
Synocoques.....	225 millions

pour une ampoule de $1/2$ centimètre cube de vaccin.

II. — TECHNIQUE

La technique que nous avons suivie a été celle-ci :

Chaque ampoule de vaccin étant de $1/2$ centimètre cube et contenant 25 millions de gonocoques, nous avons employé le contenu de quatre ampoules, soit 2 centimètres cubes ou 100 millions de gonocoques.

Nous avons dilué avec une quantité égale d'eau physiologique stérile, afin que l'émulsion fût à peu près isotonique.

Les injections ont été faites tous les trois jours dans le tissu cellulaire sous-cutané, le nombre des injections étant fonction des phénomènes morbides.

Aucune réaction, ni locale, ni générale, n'a été observée.

SÉROTHÉRAPIE ANTIGONOCOCCIQUE

I. — LE SÉRUM ANTIGONOCOCCIQUE

Le sérum que nous avons employé est le sérum antigonococcique de M. le professeur M. Nicolle, préparé à l'Institut Pasteur.

C'est un sérum de cheval immunisé par injections intraveineuses de doses croissantes de gonocoques tués par l'alcool-éther. Il est homologue, c'est-à-dire obtenu par une seule race de gonocoques. « Il n'est « pas indiqué de préparer divers sérums antigono- « cocciques, le sérum préparé par M. M. Nicolle « ayant une action thérapeutique suffisante sur « chaque échantillon de gonocoques » (Paraf).

II. — TECHNIQUE

Le principe de notre technique est le suivant : introduire dans l'articulation malade la plus grande quantité possible de sérum, après en avoir vidé le pus. Cette quantité dépendra, et de l'articulation intéressée, et de l'importance de l'épanchement.

Nous complétons ensuite par une injection sous-cutanée, ou intra-musculaire, de façon que la quan-

tité totale de sérum injecté en une fois atteint de 40 à 60 centimètres cubes. Ces injections sous-cutanées sont destinées à limiter l'infection gonococcique et à aider dans une certaine mesure l'action du sérum intra-articulaire.

1° Ponction de l'articulation : on retire le maximum de liquide purulent, qui sera ensuite examiné au laboratoire ; on y rencontre souvent du gonocoque.

2° On injecte aussitôt, sans avoir retiré le trocart, une quantité un peu inférieure de sérum antigonococcique. Dans les gros épanchements du genou, on a pu injecter 40 centimètres cubes. Dans les petites articulations au contraire (poignet, sterno-claviculaire, tibio-tarsienne) on peut injecter, au maximum, 2 à 5 centimètres cubes. Ces injections locales ont été répétées deux ou trois fois à un ou deux jours d'intervalle, suivant le volume de l'épanchement ;

3° Dans tous les cas, nous complétons par des injections sous-cutanées ou intra-musculaires jusqu'à concurrence de 60 centimètres cubes au total ; elles sont répétées tous les jours.

Le nombre des injections et la quantité de sérum injecté sont basés sur la marche de l'affection.

D'une façon générale nous cherchons à faire une sérothérapie précoce, abondante et souvent renouvelée dans les cas graves, et surtout locale, toutes les fois qu'elle est possible.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Vaccin)

Arthralgie des pieds¹; iritis. — Jules K., 32 ans, entre à l'hôpital le 13 juin 1919 pour douleur des articulations tibio-tarsiennes et métatarso-phalangiennes.

Ce malade eut sa première blennorrhagie en 1905. A la suite, il eut une crise de rhumatisme gonococcique des genoux et des articulations tibio-tarsiennes, et présenta de l'iritis.

En 1913, deuxième blennorrhagie suivie également de rhumatisme gonococcique : arthralgies des genoux et des articulations tibio-tarsiennes.

En 1916, nouvel écoulement urétral avec rhumatisme blennorrhagique des genoux et des tibio-tarsiennes.

En 1918, écoulement urétral léger. Iritis et rhumatisme gonococcique ; la plupart des articulations des membres supérieurs et inférieurs sont très douloureuses ; le malade est incapable d'aucun mouvement.

A son entrée à l'hôpital, ce malade se présente avec des arthralgies au niveau des articulations tibio-tarsiennes, des

articulations métatarso-phalangiennes et en particulier du premier orteil droit. Arthralgie et légère hydarthrose des genoux. L'articulation sterno-claviculaire gauche est douloureuse. L'articulation du sternum avec le manubrium est sensible, ainsi que les apophyses transverses au niveau des six premières côtes. Dans les doigts et les poignets, il reste des crises antérieures de la raideur et de la sensibilité.

Iritis de l'œil gauche.

Ecoulement urétral assez abondant; nombreux ganglions inguinaux. Pas d'albuminurie.

Rien au cœur.

- Wassermann négatif.

17 juin 1919. — Injection de 2 centimètres cubes de Dmegoïn qu'on continue tous les trois jours.

20 juin 1919. — Injection de 2 cm. cubes de Dmegoïn.

23	»	»	»	»	
26	»	»	»	»	»
29	»	»	»	»	»
2 juillet	»		»	»	»
5	»	»	»	»	»
8	»	»	»	»	»
11	»	»	»	»	»
14	»	»	»	»	»

Le malade sort de l'hôpital le 2 août 1919. Les articulations sont plus douloureuses. L'iritis a disparu. Il persiste des pieds plats — pieds plats blennorrhagiques — qui datent de crises antérieures et sont définitifs.

OBSERVATION II

(Vaccin)

Arthralgies des membres inférieurs et de l'épaule. — Eugène D..., 41 ans, entre à l'hôpital le 13 juin 1919, pour des douleurs très vives des genoux et des articulations tibio-tarsiennes, remontant à cinq jours. Actuellement, en outre, l'épaule droite est le siège d'une douleur intense.

A l'examen, aspect normal de toutes ces articulations, ni rougeur, ni gonflement. A la palpation, léger empâtement ; pas d'hydarthrose. Les mouvements sont limités et très douloureux. La marche est extrêmement pénible.

Température : 37°.

Ecoulement uréthral depuis un mois, à peu près tari actuellement.

17 juin 1919. — Injection s.-cutanée de 2 cm. de Dmégon.

20 juin 1919. — Id.

27 juin 1919. — Les articulations des genoux et les tibio-tarsiennes ne sont plus empâtées ; les mouvements sont faciles, mais la douleur persiste lorsqu'on les pousse à fond. L'épaule droite est toujours douloureuse et présente de l'empâtement.

5 juillet 1919. — Injection s.-cutanée de 2 cm. de Dmégon ;
13 juillet, id. ; 2 juillet, id. ; 30 juillet, id. ; 5 août, id. ; 11 août, id.

Les articulations des genoux et des cou-de-pieds ne sont plus douloureuses ; tous les mouvements sont possibles ; le malade peut marcher, courir. L'épaule droite est encore sen-

sible ; les mouvements en sont limités, mais il n'y a plus d'empâtement à la palpation.

20 août 1919. — Le malade sort de l'hôpital ; il conserve encore une légère douleur au niveau de l'épaule droite. Nous avons eu l'occasion de le revoir en février 1920 ; il avait retrouvé depuis longtemps l'intégrité de son articulation scapulo-humérale.

OBSERVATION III

(Vaccin)

Arthralgie des genoux. — Juliette D..., 19 ans, entre à l'hôpital le 5 août 1919, pour une arthralgie du poignet droit. Elle souffre en même temps de douleurs des deux genoux. Au genou gauche, on remarque une légère hydarthrose avec choc rotulien.

Depuis deux mois, la malade présente des pertes jaunâtres peu abondantes. On fait un frottis et on découvre au microscope des diplocoques intra-cellulaires ne prenant pas le Gram.

Le traitement au Dmégon est commencé le 6 août : 5 injections sous-cutanées de 2 centimètres cubes (100 millions de gonocoques) de trois en trois jours.

Au bout de trois semaines, la malade sort guérie ; le choc rotulien a disparu ; les douleurs avaient cessé dès le dixième jour et les mouvements étaient complets.

OBSERVATION IV

(Vaccin)

Arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet. — Germaine Lar..., 27 ans, entre à l'hôpital le 29 août 1919 pour une arthrite du poignet gauche. Le poignet est globuleux ; la peau rouge, tendue ; l'œdème a envahi le dos de la main et la racine des doigts. Les mouvements sont très douloureux ; l'impotence fonctionnelle complète. Pour atténuer la douleur, l'avant-bras et la main sont soutenus par une planchette.

Température : 38° 5.

On se croit en présence d'un rhumatisme articulaire aigu et on commence le traitement au salicylate de soude (3 grammes) pendant trois jours. Aucun soulagement, aucune amélioration.

En présence de pertes vaginales suspectes, on fait un frottis et on trouve du gonocoque.

1^{er} septembre 1919. — Le Dmegon est injecté (2 centimètres cubes ; 100 millions de gonocoques) en injections sous-cutanées.

3 septembre. — 2 centimètres cubes de Dmegon sous-cutanés.

5 septembre. — La température étant remontée à 38° 8, on arrête le traitement. Pourtant l'œdème du dos de la main a déjà diminué.

8 septembre. — Température, 37° 2.

Nouvelle injection de 2 centimètres cubes de Dmegon.

10 septembre. — Id.

La douleur est considérablement atténuée et quelques légers mouvements devenant possibles, on supprime la planchette.

12 septembre. — 2 centimètres cubes de Dmégon, sous-cutanés.

14 septembre. — Id.

16 septembre. — Id.

L'œdème du dos de la main et des doigts a disparu. La peau est normale. Il ne reste plus qu'un peu d'empatement au niveau de l'interligne articulaire radio-carpien. Les mouvements provoqués, moins douloureux permettent la flexion et l'extension ; la pronation et la supination, encore limitées sont possibles.

18 septembre. — 2 centimètres cubes de Dmégon sous-cutanés.

20 septembre. — Id.

22 septembre. — Id.

La malade parvient à faire elle-même quelques mouvements qui ne sont douloureux que poussés à fond. L'état général est bon ; température, 37,2.

8 octobre. — La malade sort de l'hôpital, guérie. L'articulation est sèche ; la douleur a disparu ; les mouvements sont complets.

OBSERVATION V.

(Sérum)

Arthrites suppurées de l'articulation sterno-claviculaire et du poignet. — Madeleine L..., 18 ans, entre à l'hôpital le 17 juil-

R. Luizy

I...

let 1919. Elle a été prise, il y a trois jours, sans avoir souffert auparavant, de frissons, fièvre, puis de douleurs dans les membres supérieurs, principalement dans les épaules et les coudes, et dans les seins. Elle eut des nausées et des vomissements peu abondants. Depuis, les douleurs se sont localisées dans l'épaule et l'articulation sterno-claviculaire droites. Sueurs abondantes la nuit.

17 juillet. — Aspect normal de l'articulation scapulo-humérale ; pas de tuméfaction, ni rougeur, ni gonflement, la palpation est légèrement douloureuse, les mouvements provoqués sont possibles.

La palpation de l'interligne sterno-claviculaire est très douloureuse ainsi que toute pression exercée sur la clavicule droite.

L'état général est à peu près satisfaisant. Langue saburale. Température, 38° 5.

Examen de l'appareil génito-urinaire : toucher légèrement douloureux ; pas de pertes nettement appréciables, pas d'adénopathie dans le triangle de Scarpa.

Malgré la localisation sterno-claviculaire, on se croit en présence d'une crise de rhumatisme articulaire aigu et on institue un traitement au salicylate de soude (8 grammes).

20 juillet. — Régression des phénomènes douloureux et chute de la température. 37° 4. On continue le traitement salicylé.

22 juillet. — Elévation de la température, 38° avec reprise de la douleur au niveau de l'articulation sterno-claviculaire qui est légèrement tuméfiée. En même temps, apparaît une localisation très douloureuse au niveau du poignet gauche.

26 juillet. — Le poignet gauche est tuméfié ; la douleur

s'est accentuée, les mouvements actifs sont très limités ; pas de fluctuation perceptible au niveau de l'interligne articulaire ; pas de crépitation tendineuse. La pression est douloureuse sur les faces antérieures et postérieures du poignet, sans points osseux douloureux. Température, 38° 5.

2 août. — La malade a été prise dans la nuit d'une crise douloureuse extrêmement violente localisée au poignet gauche et lui arrachant des larmes. Ce matin, l'articulation est tuméfiée, la peau luisante, tendue. L'œdème jusqu'ici limité au poignet, tend à envahir la face dorsale de la main et l'avant-bras. L'impotence fonctionnelle est absolue.

En présence de ces symptômes et devant l'échec du traitement salicylé, les soupçons qu'on avait d'une arthrite, gonococcique se précisent et on fait une première injection sous-cutanée de Dmégon, 2 centimètres cubes.

5 août. — Pas de résultat appréciable. Les articulations sont toujours très douloureuses, extrêmement gonflées. Au poignet, arthrite et synovite des fléchisseurs.

La température oscille entre 38 et 39°.

8 août. — L'articulation sterno-claviculaire présente une collection fluctuante : on fait une ponction exploratrice qui ramène une goutte de pus.

Nouvelle injection sous-cutanée de deux centimètres cubes de Dmégon.

12 août. — Id.

16 août. — On fait une ponction exploratrice de la gaine synoviale du poignet ; on recueille un liquide purulent, qui, examiné au microscope, décèle de nombreux diplocoques à Gram négatif.

La culture faite sur gélose ascite est positive.

18 août. — Etant donnée la présence d'une collection purulente, on décide de faire du sérum intra-articulaire.

Ponction de la poche articulaire du poignet, suivie d'une injection intra-lésionnaire de 5 centimètres cubes de sérum antigonococcique, complétée par 45 centimètres cubes sous cutanés.

19 août. — Ponction évacuatrice de la poche sterno-claviculaire. Injection sous-cutanée de 60 centimètres cubes de sérum antigonococcique.

20 août. — Injection sous-cutanée de 40 centimètres cubes de sérum antigonococcique.

21 août. — Id.

22 août. — Id.

Deuxième ponction évacuatrice de la poche sterno-claviculaire.

23 août. — Injection sous-cutanée de 40 centimètres cubes de sérum antigonococcique.

24 août. — La deuxième ponction évacuatrice de la poche sterno-claviculaire a laissé un orifice fistuleux. On fait une troisième ponction nécessitée par le gonflement et la fluctuation de cette poche.

26 août. — Depuis deux jours, la courbe thermique accuse de grandes oscillations, 37°5 - 39°, qui font penser à une infection secondaire de la poche sterno-claviculaire. La rougeur de la peau, la tuméfaction et la fluctuation ont augmenté. On fait une incision au bistouri ; il s'écoule peu de pus ; mais des fongosités viennent affleurer l'orifice d'incision. Malgré l'écoulement du pus, une sensation nette de fluctuation persiste, due sans doute aux fongosités.

Lavage de la poche. Mèche avec sérum antigonococcique.

Dans le pus, on trouve du gonocoque.

27 août. — Par la plaie s'est écoulé un pus abondant, clair ; la poche s'est affaissée.

30 août. — On note une amélioration considérable de l'arthrite du poignet gauche ; la douleur s'est atténuée ; le gonflement a disparu en grande partie. La fluctuation qu'on percevait à la face postérieure et au niveau de l'interligne articulaire a notablement diminué.

L'impotence fonctionnelle régresse ; de petits mouvements actifs sont possibles ; les mouvements passifs, recherchés avec prudence sont peu douloureux.

Amélioration locale très considérable. On peut présager une guérison rapide, sans ankylose de ce poignet où la ponction avait antérieurement montré du pus à gonocoques.

13 septembre. — La poche sterno-claviculaire a continué à suppurer assez abondamment.

L'articulation du poignet, libre de toute douleur a retrouvé son fonctionnement ; cependant, l'extrémité inférieure du radius semble épaissie transversalement.

20 septembre. — La suppuration sterno-claviculaire tend à diminuer.

1^{er} octobre. — La suppuration sterno-claviculaire est tarie.

8 octobre. — La malade sort de l'hôpital, guérie. La plaie sterno-claviculaire est refermée. L'articulation radio-carpienne est déformée ; la première rangée du carpe est déviée en avant et on la sent mobile sur le plan radio-cubital ; il semble qu'il y ait rupture du ligament latéral interne. Aucune ankylose. Les mouvements du poignet et des doigts sont complètement retrouvés.

OBSERVATION VI

(Sérum)

Hydarthrose du genou et du coude gauches. — Charles L..., 44 ans, entre à l'hôpital le 12 septembre 1919 pour douleurs du coude gauche et du genou gauche, qui sont fléchis à angle droit. Les articulations présentent une grosse tuméfaction ; la peau est luisante, tendue ; circulation collatérale ; fluctuation au niveau du coude ; fluctuation et choc rotulien au genou. Les mouvements de ces deux articulations sont impossibles.

Ecoulement urétral verdâtre qui date de trois semaines environ ; nombreux gonocoques à l'examen microscopique.

La ponction du genou ramène un liquide séreux, jaune citrin sans gonocoques visibles.

Température à 38° 5.

On porte le diagnostic d'arthrites gonococciques et on commence le traitement par des injections de sérum sous-cutanées.

13 septembre. — Première injection de sérum antigonococciques, 60 centimètres cubes.

14 septembre. — Deuxième injection de sérum antigonococciques, 60 centimètres cubes.

15 septembre. — Chute de la température en lysis. La circulation collatérale a presque disparu ; l'œdème péri-articulaire diminue. Les douleurs sont moins vives. On ne fait plus que 40 centimètres cubes de sérum sous-cutané.

16 septembre. — Quatrième injection de 40 centimètres cubes de sérum sous-cutané.

17 septembre. — Cinquième injection de 40 centimètres cubes de sérum sous-cutané. Les phénomènes inflammatoires ont presque disparu. Les hydarthroses sont en voie de régression ; le genou est moins globuleux ; on perçoit difficilement le choc rotulien.

18 septembre. — Sixième injection de 40 centimètres cubes de sérum sous-cutané.

19 septembre. — Septième injection de 40 centimètres cubes de sérum sous-cutané.

Après la dernière injection de sérum, les articulations sont d'aspect presque normal. La flexion du coude est complète, non douloureuse ; l'extension encore limitée. Le genou n'est plus douloureux ; articulation sèche ; la flexion active se fait bien ; mais l'extension est limitée.

21 septembre. — Le malade fait des accidents sériques ; il présente de l'érythème pharyngé et une éruption généralisée d'aspect urticarien, très prurigineuse. Barre épigastrique.

Température, 38°.

Cette maladie sérique dure huit jours ; elle évolue sans arthralgies.

1^{er} octobre. — Les articulations sont froides et sèches. Tous les mouvements du coude se font sans difficulté. Au genou, la flexion est complète, mais l'extension légèrement limitée.

Le malade sort guéri de ses arthrites blennorrhagiques ; il conserve encore son écoulement urétral.

OBSERVATION VII

(Sérum)

Arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet gauche. — Marie G..., 28 ans, entre à l'hôpital le 17 septembre 1919 pour une arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet gauche, avec œdème considérable occupant tout le dos de la main et la racine des doigts et remontant jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras. Le poignet est cloué, immobile ; le moindre déplacement du lit arrache des cris à la malade. On est obligé d'immobiliser l'articulation sur une planchette.

Température, 38° 5.

Mictions fréquentes et douloureuses.

Présence de pertes blanches (qui examinées au laboratoire montrent des diplocoques intracellulaires à Gram négatif.

19 septembre. — Injection de vaccin antigonococcique (Dmégon) 2 centimètres cubes sous-cutanés.

22 septembre. — Id.

25 septembre. — Id.

28 septembre. — Id.

30 septembre. — Id.

3 octobre. — Id.

Cette série de 10 injections n'a déterminé aucune amélioration. Le poignet est toujours très tuméfié, extrêmement douloureux.

10 octobre. — Même état local de l'articulation ; persistance des phénomènes douloureux.

On a recours à la sérothérapie.

Première injection sous-cutanée de 60 centimètres cubes de sérum antigonococcique.

11 octobre. — Deuxième injection sous-cutanée de 60 cm. cubes de sérum antigonococcique.

12 octobre. — Troisième injection sous-cutanée de 60 cm. cubes de sérum antigonococcique.

13 octobre. — La tuméfaction est diminuée ; l'œdème est localisé au poignet. La douleur est moins continue, moins vive.

Quatrième injection sous-cutanée de 40 cm. cubes de sérum antigonococcique.

14 octobre. — Cinquième injection sous-cutanée de 40 cm. cubes de sérum antigonococcique.

15 octobre. — Sixième injection sous-cutanée de 40 cm. cubes de sérum antigonococcique.

16 octobre. — Septième injection sous-cutanée de 40 cm. cubes de sérum antigonococcique.

Il ne persiste plus qu'un empâtement du poignet. Les douleurs sont très atténuées. On peut imprimer quelques mouvements légers à l'articulation du poignet et aux doigts.

19 octobre. — La malade fait des accidents sériques : éruption généralisée ; larges plaques ortiées, à éclipses. Température : 39-40.

21 octobre. — Apparition de douleurs très vives au niveau de la plupart des articulations (épaules, coudes, genoux, tibio-tarsienne droite). Cependant, les mouvements passifs du poignet malade et des doigts restent acquis et peu douloureux.

22 octobre. — Disparition de l'érythème.

25 octobre. — Disparition des arthralgies sériques. Température : 37° 5.

10 novembre. — La malade quitte l'hôpital complètement guérie, avec le poignet sec, ayant récupéré tous les mouvements des poignets et des doigts.

OBSERVATION VIII

(Sérum)

Arthrite suppurée du genou. — Jeanne C..., 21 ans, entre à l'hôpital, le 7 novembre 1919, pour arthrite suppurée du genou gauche.

Elle a accouché, il y a un mois d'un enfant qui présentait au bout de deux jours une ophtalmie purulente ayant entraîné la perte de l'œil.

A l'examen, le genou est tuméfié et globuleux ; la peau est violacée ; la circulation collatérale remonte à la partie moyenne de la cuisse. La palpation est très douloureuse ; fluctuation avec choc rotulien. Douleur extrêmement vive dans les mouvements provoqués ; impotence fonctionnelle complète.

L'état général est bon ; teint coloré ; belle langue. La température oscille autour de 38°.

Pas d'albuminurie.

Pertes vaginales où l'on trouve des diplocoques intracellulaires à Gram négatif.

On porte le diagnostic d'arthrite blennorrhagique suppurée.

7 novembre. — La ponction de l'articulation ramène un

liquide louche, laissant déposer après centrifugation, un dépôt purulent contenant de nombreux polynucléaires sans éléments microbiens directement visibles. Ensemencement sur gélose, ascite, négatif.

Injection de 15 centimètres cubes de sérum antigonococcique intra-articulaire, complétée par une injection sous-cutanée de 45 centimètres cubes de sérum.

8 novembre. — Sérum sous-cutané : 60 centimètres cubes.

9 novembre. — Id.

10 novembre. — Amélioration notable de l'état local. La tuméfaction a diminué ; l'œdème périarticulaire n'existe plus et on ne provoque plus le choc rotulien. On obtient quelques légers mouvements passifs du genou sans que la malade se plaigne.

En présence de cette amélioration, on ne fait plus que 40 centimètres cubes de sérum sous-cutané.

11 novembre. — 40 cm. cubes de sérum sous-cutané.

12 novembre. — Id.

Grosse amélioration. Flexion active qui atteint presque l'angle droit.

13 novembre. — Apparition d'un érythème sérique, siégeant sur le tronc et la racine des membres, constitué par de larges placards ortiés, saillants, séparés par de rares intervalles de peau saine ; très prurigineux et non desquamant. Température : 39° 5.

On donne 3 grammes de chlorure de calcium pendant trois jours.

16 novembre. — L'érythème sérique a disparu ; mais persistance d'un énanthème pharyngien.

Apparition d'arthrites multiples extrêmement douloureuses. Barre épigastrique. Température : 39° 5.

Malgré ces phénomènes généraux inquiétants, l'amélioration de l'articulation malade persiste : la malade arrive à plier son genou elle-même.

24 novembre. — Disparition complète des arthralgies sériques. Température normale. L'articulation du genou est d'aspect normal. Possibilité des mouvements actifs.

13 décembre. — La malade sort guérie avec restitution complète des mouvements.

OBSERVATION IX

(Sérum)

Arthrites suppurée du poignet droit et pseudo-phlegmoneuse du cou de pied gauche.

Berthe F..., 25 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital le 4 décembre 1919.

A. P. — Cicatrices adhérentes de la région cervicale gauche.

Malade depuis quatre jours ; a présenté des douleurs musculaires de l'avant-bras gauche et du poignet, qui est légèrement tuméfié. Le genou droit et l'articulation tibio-tarsienne droite sont également douloureux.

Les phénomènes fluxionnaires se sont localisés dans la suite, au cou de pied gauche et au poignet droit, qui sont très œdématisés, luisants, douloureux.

Fièvre à grandes oscillations ; température : 40°.

On porte le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et on institue le traitement au salicylate de soude : 6 gr.

7 décembre. — Les articulations sont moins douloureuses, mais l'état fébrile persiste avec grandes oscillations : 37° 5-39°.

14 décembre. — Le poignet droit est de nouveau très douloureux, œdématié ; on perçoit un peu de fluctuation. On pratique alors la ponction de l'articulation qui ramène un liquide louche contenant du diplocoque intra-cellulaire à Gram négatif.

Injection de sérum antigonococcique : 5 centimètres cubes intraarticulaire et 15 centimètres cubes sous-cutané.

15 décembre. — Injection de sérum antigonococcique : 60 cm. cubes sous-cutané.

16 décembre. — Injection de sérum antigonococcique : 60 cm. cubes, 5 cm. cubes intra articulaire, 55 cm. cubes sous cutané.

17 décembre. — Injection de sérum antigonococcique : 40 cm. cubes intra musculaire.

18 décembre. — Injection de sérum antigonococcique : 20 cm. cubes intra musculaire.

20 décembre. — Apparition d'une éruption sérique qui dure quatre jours avec fièvre élevée, 38°-40° ; érythème serpiginoux, dessinant des arabesques. Urines rares, louches, pas d'albuminurie.

25 décembre. — L'éruption sérique a disparu. Mais apparitions d'arthralgies généralisées (épaules, coudes, genoux).

30 décembre. — Amélioration notable ; disparition de la fièvre et des arthralgies.

L'état local des articulations malades a peu changé ; le poignet droit où la fluctuation a disparu est peu douloureux au repos ; mais le moindre mouvement provoqué, très difficile en raison des adhérences, arrache des cris à la malade.

Le cou de pied gauche est encore tuméfié et douloureux.

13 janvier. — Le poignet droit est sec ; mais ankylose presque complète : les mouvements de flexion et d'extension sont impossibles ; seules fléchissent légèrement les articulations carpo-métacarpiennes ; les mouvements de pronation et de supination sont limités.

Le cou de pied gauche est un peu moins tuméfié et moins douloureux. Quelques mouvements sont cependant possibles.

8 février. — La marche devient possible, mais est encore douloureuse.

8 mars. — Le cou de pied est désenflé ; les mouvements sont complets ; la marche reste un peu douloureuse.

Le poignet reste presque complètement ankylosé. (La malade revue en avril avait récupéré quelques mouvements de flexion, de rotation et de supination, par des massages fréquents. L'extension demeurait impossible.

L'état du cou de pied s'était beaucoup amélioré ; la marche était facile).

RÉSULTATS

I. — VACCINOTHÉRAPIE

Sur 9 cas de rhumatismes blennorrhagiques traités par la vaccinothérapie et la sérothérapie, nous avons employé le vaccin (Dmegon) chez 6 de nos malades.

Dans notre observation I il s'agissait d'un malade qui, au cours de plusieurs blennorrhagies avait présenté des poussées successives d'arthralgies, ayant entraîné des déformations définitives des pieds (pieds plats blennorrhagiques) et de l'iritis blennorrhagique. Ce malade a reçu 10 injections de vaccin, pratiquées tous les trois jours. Nous avons obtenu chez lui une guérison complète des arthralgies et de l'iritis ; mais le vaccin a été sans action sur les lésions anciennes, définitives.

Notre observation II porte sur un malade qui présentait des arthralgies très douloureuses des genoux et des tibio-tarsiennes, au point que la marche était impossible, et une arthralgie de l'épaule droite. A la troisième injection les symptômes articulaires étaient moins accusés, la mobilisation était facile et après dix injections pratiquées tous les trois jours, le malade avait récupéré tous ses mouvements des

membres inférieurs ; il pouvait marcher et courir. L'arthralgie de l'épaule fut plus tenace, mais guérit un mois après.

Dans l'observation III, nous obtenons une guérison rapide d'arthralgies du poignet droit et des deux genoux, dont l'un présentait même une hydarthrose légère. Après la troisième injection, disparition complète de toutes les douleurs et restitution de tous les mouvements ; ce n'est que pour assurer plus certainement le résultat que deux autres injections ont été faites.

Notre observation IV est celle d'une malade qui présente une arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet gauche. La tuméfaction articulaire est considérable, les douleurs très violentes, la fièvre à 38°8. Le traitement au salicylate de soude demeure sans résultat. La recherche du gonocoque, positive, nous fait instituer le traitement par le vaccin. Après la deuxième injection de Dmégon, sous-cutanée, il y a amélioration de l'état articulaire local ; à la cinquième injection, les douleurs sont considérablement atténuées ; quelques mouvements passifs sont possibles. A la huitième injection on constate une très grosse amélioration de l'état local ; il n'y a plus qu'un peu d'empâtement de l'interligne radio-carpien ; les mouvements de flexion et d'extension, de pronation et de supination sont possibles.

Enfin après dix injections il y a guérison complète : articulation sèche ; restitution de tous les mouvements.

Cette observation est des plus intéressantes : elle démontre l'action curative du vaccin dans un cas de mono-arthrite pseudo-phlegmoneuse, avec phénomènes douloureux très marqués. La guérison a été, de plus, rapide (40 jours) et complète (ni ankylose, ni raideur articulaire).

Cependant cette action heureuse du vaccin ne s'est pas vérifiée dans notre observation VII dans laquelle il s'agit d'une arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet gauche avec phénomènes douloureux marqués et comparable cliniquement à la précédente. Six injections de Dmagon ont été sans résultats et nous avons dû recourir à la sérothérapie. Cette observation nous a donné quelques doutes sur l'efficacité du vaccin dans les arthrites pseudo-phlegmoneuses.

Dans une arthrite suppurée du poignet (obs. V) l'action du vaccin a été nulle et nous avons dû employer la sérothérapie.

Nous avons donc pensé que le vaccin avait, conformément à nos premières observations, une valeur réelle, indiscutable, dans tous les cas d'arthralgies gonococciques, même d'ancienne date ; mais qu'il était préférable de recourir immédiatement à la sérothérapie dans les formes d'arthrites pseudo-phlegmoneuses et suppurées.

II. — SÉROTHÉRAPIE

Nous avons donc traité par le sérum antigonococcique cinq de nos malades atteints de rhumatismes

blennorrhagiques. Chez ces malades les symptômes articulaires étaient très accusés ; les douleurs aux mouvements spontanés et surtout provoqués très violentes, arrachant des cris ; la tuméfaction articulaire souvent considérable ; la fièvre élevée. Ces arthrites abandonnées à elles-mêmes auraient évolué vers l'ankylose après une longue période douloureuse.

Nous avons obtenu des résultats favorables dans chacune de nos observations. D'une façon générale :

1° La guérison a été rapide ; la deuxième injection de sérum était suivie d'une amélioration notable : chute de la température et diminution de l'intensité des douleurs, qui nous déterminait à diminuer la quantité de sérum injecté. Dans le cas le plus rebelle (observation VII) nous avons fait une série de sept injections, quotidiennes, soit au maximum 340 centimètres cubes de sérum.

Dans toutes nos observations, à la cinquième injection, nous avons obtenu une amélioration telle que les mouvements passifs de l'articulation étaient possibles, en même temps qu'il y avait diminution considérable de la tuméfaction articulaire.

Il nous a semblé que la cédation des phénomènes douloureux et l'amélioration de l'état local étaient obtenues plus rapidement chaque fois que nous avons pu faire l'injection intra-articulaire (Observations V, VIII).

2° La guérison a été complète :

a) Dans deux cas d'arthrites pseudo-phlegmonieuses (Observations VII et IX) avec phénomènes douloureux et fluxionnaires très prononcés et dont l'une avait été rebelle au vaccin (Obs. VII).

b) Dans notre observation V, arthrite suppurée du poignet et de la sterno-claviculaire, et dans l'observation VIII, arthrite suppurée du genou, guérissions sans ankylose, après injections intra-articulaires. Dans notre observation IX, arthrite suppurée du poignet, nous obtenons une guérison, mais avec ankylose presque complète. Nous nous demandons si, dans ce cas, le traitement a été assez intensif et assez précoce.

c) Dans un cas d'hydarthrose double du genou et du coude (Observation VI), guérison complète des hydarthroses ; au genou la flexion est complète, mais l'extension reste un peu limitée, permettant bien la marche.

ACCIDENTS SÉRIQUES

Nous voulons insister sur les accidents que présentent quelques jours après la première injection, les malades traités par le sérum antigonococcique ; ces accidents ont parfois une telle intensité qu'ils revêtent pendant quelque temps les allures d'une véritable maladie surajoutée, la maladie sérique.

Elle débute en général dix jours après la première injection de sérum, c'est-à-dire au bout d'un temps relativement assez long, si l'on considère la rapidité d'absorption du sérum. Dans nos observations VIII et IX la période d'incubation a été de six jours.

La maladie sérique se caractérise par le syndrome suivant : *fièvre, exanthèmes, arthralgies*.

1° La *fièvre* est élevée à type remittent : grandes oscillations, différences de 1 à 3 degrés ; elle existe pendant toute la durée de la maladie sérique, dont elle peut, dans quelques cas rares, constituer le seul symptôme (obs. V).

2° Les *exanthèmes* apparaissent en même temps. Ils revêtent différents aspects :

a) L'érythème *urticarien*, généralisé, constitué par de larges placards rouges, confluents, légèrement

surélevés, très prurigineux, couvrant le tronc en avant et en arrière et la racine des membres : la face et les membres peuvent être atteints. Cet érythème ortié est le plus fréquent (obs. VI, VII, VIII). Il est souvent à *éclipses* (obs. VII), c'est-à-dire que les éléments d'urticaire apparaissent ou disparaissent successivement plusieurs fois dans la même journée.

b) L'érythème *serpigineux*, en cocarde, polycyclique, dessinant des arabesques, constitué d'éléments à centre décoloré et à périphérie rose ou rouge (obs. IX).

c) L'érythème *scarlatiniforme*, non saillant.

La durée de ces érythèmes est en général de deux à quatre jours.

Ils s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire douloureux pouvant durer jusqu'à la fin de la maladie sérique.

Souvent la malade se plaint en même temps de sa gorge et on constate de l'*énanthème pharyngien* (obs. VI, VIII).

Examen du sang : éosinophilie.

3° *Arthralgies* : elles peuvent manquer (obs. V et VI) mais elles sont une manifestation fréquente et troublants de la maladie sérique dans la sérothérapie antigonococcique. Nous les avons observées chez trois de nos malades ; elles sont multiples et très douloureuses, et peuvent durer assez longtemps (six jours dans notre obs. VIII. On a rapporté des cas où elles duraient plusieurs semaines).

Ces arthralgies peuvent en imposer pour une reprise du rhumatisme infectieux ; c'est à ce titre qu'elles doivent être bien connues : on pourrait conclure injustement à un échec de la séro-thérapie. Or dans toutes nos observations elles ont respecté les articulations atteintes auparavant : les mouvements de ces articulations, déjà améliorés par le sérum, restaient possibles, moins douloureux ; et c'est pour cette raison que nous avons cessé les injections de sérum antigonococcique, persuadé que les arthralgies nouvelles étaient dûes à la maladie sérique.

Nos malades ont présenté des arthralgies sériques intenses et très douloureuses, entraînant une impotence fonctionnelle complète, cependant qu'ils conservaient les mouvements, soit du poignet primitivement malade (obs. VII), ou du genou (obs. VIII, intéressante par l'intensité de la maladie sérique, température 39°, 41° et sa durée : 12 jours).

A côté de ces symptômes principaux nous avons observé plusieurs fois (obs. VI et VIII) une douleur en barre au niveau de l'épigastre : la *barre épigastrique*, , très pénible et persistante.

Ces accidents sériques qu'il faut bien connaître ont une durée totale de huit, dix, douze jours (obs. VIII) et même davantage.

Ils sont déterminés par l'introduction dans l'organisme d'une albumine hétérogène et très fréquemment observés après injection à l'homme de sérum équin (sérums antidiphthériques, antitétaniques, etc.). Avec le sérum antigonococcique, ces accidents

paraissent plus intenses. Il importe de ne pas croire à une recrudescence du rhumatisme et de ne pas s'effrayer de ces phénomènes qui se résolvent toujours facilement et ne doivent pas être une entrave au traitement sérothérapique.

CONCLUSIONS

I. Nous avons employé le vaccin antigonococcique (Dmégon) dans trois cas d'arthralgies, deux cas d'arthrites pseudo-phlegmoneuses et un cas d'arthrite suppurée.

L'expérience a montré que dans les arthralgies, même datant de longtemps, on obtenait des améliorations notables et des guérisons. Son efficacité est douteuse dans les arthrites pseudo-phlegmoneuses ; elle semble nulle dans les arthrites suppurées.

II. Le sérum antigonococcique a été employé dans deux cas d'arthrites pseudo-phlegmoneuses, trois cas d'arthrites suppurées et un cas d'hydarthrose.

Dans le cas d'arthrite pseudo-phlegmoneuse où le vaccin n'a pas agi, le sérum a déterminé une guérison rapide ; dans l'autre cas, guérison.

Dans les arthrites aiguës suppurées l'efficacité du sérum est remarquable surtout lorsque l'injection intra-focale est possible.

Dans le cas d'hydarthrose double, guérison.

III. Le vaccin est toujours très bien supporté. On l'emploiera donc toujours dans les arthralgies, où il est efficace.

IV. Le sérum provoque des accidents sériques. Ceux-ci ne doivent pas limiter son emploi ; car, s'ils sont ennuyeux, ils ne présentent aucune gravité. Ils doivent être bien connus, de façon à ne pas faire rapporter à une reprise de l'affection les arthralgies parfois très pénibles qui peuvent survenir au cours de la maladie sérique.

D'autre part, si on met en parallèle le peu d'importance de ces accidents et la gravité au point de vue fonctionnel de l'arthrite aiguë gonococcique, on devra toujours, en présence de cette dernière affection, recourir à la sérothérapie.

Vu le Doyen :
ROGER

Vu le Président :
LETULLE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

APPELL

